

TARTU ÜLIKOOL  
Sotsiaalvaldkond  
Ühiskonnateaduste instituut  
Sotsioloogia, sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika õppekava  
Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika eriala

Laura – Liis Õnneleid

TERVISHOIU SOTSIAALTÖÖTAJATE KOOSTÖÖ  
KLIENTIDEGA JA ERINEVATE SPETSIALISTIDEGA  
Bakalaureusetöö

Juhendaja: Dagmar Narusson (MA)

Tartu 2016

## **Autorideklaratsioon**

Kinnitan, et olen töö koostanud iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Laura – Liis Õnneleid

20.01.2016

## **Abstract**

This research gives an overview of medical institutions' social worker's cooperation experiences in everyday client work with other specialists both inside and outside of their own institution and outside of the institution. The thesis brings out the most important aspects of cooperation, its scope and main goals. This work focuses on medical institutions social work within medical institutions and collaboration with other specialist. Collaboration is the main tool in social worker's work.

Empiric part of the work deals with medical institutions social workers tasks when cooperating with other specialist. Main tasks are communication, exchanging information, creating the plan of action, coordination, formalization of documents and solving problems that occur in client work both inside the medical institution and outside when collaborating with other institutions. Research is qualitative in its nature. Its sample group consists of medical institutions' social work practitioners.

The research analysis showed that, the collaboration is the main tool for healthcare social workers. The social worker gets a little different role through collaboration in each case. Turned out that the main problem is that there is no common system between medical institutions and community that would ensure the fluency of the client's movement from one institution to next one. Specialists think that there is always a shortage of financial resources. Social worker's work saves other specialists time, helps to save up on treatment costs and normalizes position of the clients in critical situations. The scope of collaboration varies and it's mainly case based.

Social worker has to communicate with very different specialists within the institution and outside of it. The role of medical institutions social worker during collaboration is to help solve the collaboration obstacles for other specialists. Generally social workers are satisfied with the collaboration within their institution. The main partner outside of the institution is the local municipality. In the future I would like to research more deeply the importance of different partners, their inclusion and their vision of the collaboration development directions.

Keywords: collaboration, social work, medical institution, hospital social work, roles of the social work, social worker's tasks in collaboration, client work.

# Sisukord

Sisukord .....	5
SISSEJUHATUS .....	6
I UURIMUSE TAUST .....	8
1.1 Kliendi, temale oluliste isikute ja sotsiaaltöötaja vaheline koostöö .....	9
1.2 Sotsiaaltöötajate ja sama organisatsiooni tervishoiuspetsialistide .....	11
vaheline koostöö .....	11
1.3 Raviasutuse sotsiaaltöötaja koostöö teiste asutuste spetsialistidega .....	13
1.4 Tervishoiu sotsiaaltöötaja koostöö teiste tervishoiu .....	14
sotsiaaltöötajatega klienditöös .....	14
1.5 Uurimuse probleemiseade .....	17
II UURIMUS .....	20
2.1 Andmete kogumismeetod .....	20
2.1.1 Uurimuses osalejate kirjeldus .....	21
2.1.2 Andmete kogumine .....	22
2.2 Analüüsimeetod .....	22
III PEATÜKK: ANALÜÜSI TULEMUSED .....	24
3.1 Klienditöö .....	24
3.2 Sotsiaaltöötaja ja sama organisatsiooni spetsialistid .....	27
3.3 Koostöö teiste organisatsioonidega .....	30
3.4 Sotsiaaltöötajate koostöö ja erialane suhtlus .....	33
IV ARUTELU .....	37
V KOKKUVÕTE .....	42
KASUTATUD KIRJANDUS .....	43
LISA 1 Intervjuu kava .....	46

## SISSEJUHATUS

Käesoleva bakalaureusetöö teemaks on tervishoiu sotsiaaltöötajate koostöö klientidega ja erinevate spetsialistidega. Tervishoiu sotsiaaltöös tehakse koostööd nii esmatasandi ambulatoorsetes ravikeskustes, teise ja kolmanda etapi aktiivraviasutustes ehk haiglates, taastusravi asutustes ja hooldusraviasutustes. Koostöö hõlmab eesmärgipärast suhtlust erinevate organisatsioonidega ja spetsialistidega.

Koostöö kirjeldamine on vajalik ja aitab paremini mõista raviasutuste sotsiaaltöötajate koostöö dünaamikat ka teiste valdkondade spetsialistidel. Raviasutuste sotsiaaltöötaja suhtleb koostööd tehes erinevate spetsialistide ja organisatsioonidega. Koostööd tehes abistatakse kliente nende probleemolukordade lahendamisel.

Oma töös kasutan haigla sotsiaaltöötaja töökeskkonna kirjeldamisel erinevaid mõisteid (tervishoiuasutus, raviasutus, organisatsioon, asutus, haigla) samas tähenduses. Töös on kasutatud kliendi ja patsiendi mõistet. Mõlema all pean silmas haiglas teenusel olevat inimest. Erinevad nimetused tulenevad sellest, et sotsiaaltöötaja kasutab abistatava kohta sõna klient ja tervishoiutöötaja kasutab patsiendi mõistet. Mina kasutan mõisteid kõrvuti ja samas tähenduses.

Minu uurimuse eesmärk on anda ülevaade raviasutuste sotsiaaltöötajate koostöö kogemustest igapäevases klienditöös teiste spetsialistidega nii oma asutuses kui väljaspool asutust ning tuua välja koostöö olulisus, selle ulatus ning peamised eesmärgid. Lähtuvalt uurimuse eesmärgist on püstitatud uurimusküsimused: milles seisneb kliendi, temale oluliste isikute ja tervishoiu sotsiaaltöötaja vaheline koostöö tervishoiusüsteemis? Milles seisneb tervishoiu sotsiaaltöötaja ja sama asutuse tervishoiuspetsialistide vaheline koostöö? Milliste teiste asutuste spetsialistide koostööd tehakse? Milles seisneb tervishoiu sotsiaaltöötajate omavaheline koostöö?

Milliseid koostöö probleeme ja arenguvõimalusi näevad raviasutuste sotsiaaltöötajad koostööd tegemisel?

Käesoleva töö metoodika peatükis kirjeldan andmekogumis- ja analüüsimetodi valikut ning põhjendan intervjueeritavate valikut. Uurimuse läbiviimiseks on valitud kvalitatiivne uurimusmeetod, andmekogumiseks on kasutatud poolstruktureeritud intervjuusid. Viisin läbi kolm individuaalintervjuud. Töö tulemuste analüüsimiseks on kasutatud temaatilist analüüsi. Töö uurimustulemuste peatükis annan ülevaate raviasutuste sotsiaaltöötajate koostöö praktilisest kasutusest.

## I UURIMUSE TAUST

Eesti tervishoiusüsteemis haiglad jaotatakse järgnevalt: piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, kohalik haigla, erihaigla, taastusravihaigla ja hooldushaigla. Sotsiaalsüsteemis jaotatakse sotsiaalabi esmatasandil kohalike omavalitsuste ehk piirkondade järgi. Sellele lisanduvad ühiskondlikust vajadusest lähtuvalt erinevad sotsiaaltöö alaliigid ehk tasandid, mille üheks võimalikuks väljundiks on ka tervishoiusüsteemis tegutsev sotsiaaltöötaja, kes tegeleb patsiendi sotsiaalse toimetuleku soodustamisega.

Tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi jaotusest tulenevalt jaotatakse sotsiaaltöötaja koostöö käesolevas töös neljaks erinevaks koostöö valdkonnaks. Esiteks kliendi, temale oluliste isikute ja sotsiaaltöötaja vaheliseks koostööks (nt kontakti loomine, informatsiooni vahetamine jne.).

Tervishoiusüsteemi tasandeid haigla kontekstis nimetatakse ravi teostamise liigi järgi ka etappideks. Teise jaotuse moodustab tervishoiusüsteemis teisel etapil (so. haiglaravil ehk aktiivravil) tehtav koostöö. Aktiivravi jaotub omakorda ambulatoorseks, päevastatsionaarseks, statsionaarseks. Aktiivravi etapile järgnevad taastusravi, hooldusravi ja järelravi (*Haiglavõrgu arengukava 2015*). Sellest tulenevalt teevad koostööd tervishoiu sotsiaaltöötajad ja sama organisatsiooni tervishoiuspetsialistid (hooldajad, õed, arstid jne.) aga ka raviasutuse sotsiaaltöötaja ja terviseedenduse spetsialistid (füsioterapeudid, logopeedid jt. tervise edendamiseks tegelevad eksperdid näiteks järelravis).

Kolmandaks jaotuse aluseks on esmatasandi meditsiinisüsteemis ning sotsiaalsektoris tehtav koostöö. See alapeatükk kirjeldab koostöö sisulist olemust, peamiselt kohaliku omavalitsuse (sotsiaal) ja perearsti tasandil (meditsiinisüsteemis) aga ka teiste sotsiaalteenuste pakkujatega (nt. mittetulundusühingud, töötukassa jne.).



Neljandas osa jaotuses käsitleb tervishoiuasutuste sotsiaaltöötajate koostööd ja omavahelise koostöö vajalikkust. Sotsiaaltöötajad praktiseerivad sotsiaaltööd tervishoiuasutustes Tartus ja Tallinnas (statsionaarne, ambulatoorne) ja lisaks neile ka enamikes maakonnahaiglates. Tervishoius sotsiaaltöötajad teevad koostööd oma erialaesindajatega näiteks toetuse, mõistmise ja erialase kompetentsi jagamiseks.

### **1.1 Kliendi, temale oluliste isikute ja sotsiaaltöötaja vaheline koostöö**

Raviasutuses sotsiaaltöötaja tegeleb erinevas vanuses ja erinevate terviseprobleemidega klientidega, kui patsiendil ilmnevad haiglas viibimise ajal sotsiaalsed probleemid. Sotsiaalsed probleemid võivad olla näiteks eetilised probleemid, keelebarjäär, oskamatus tulla toime haigusega ja selle mõjuga igapäevasele hakkama saamisele ja majandamisele või muudest ühiskondlikest aspektidest (toimetuleku piir, vaesus jne.) lähtuv asjaolu. Inimesed, kellega sotsiaaltöötaja tegeleb on erinevas vanusegrupis: imikud, lapsed, tööealised ja vanurid. Sotsiaaltöötaja kliendid on ka väga erinevate terviseolukordadega: pikaajaliste ehk krooniliste haigustega, ägedate haigusseisundite, tervise taastust või hooldust vajavad inimesed (Allev, Kauber, Kiis jt. 2014).

Raviasutuse sotsiaaltöötajal on klienditööd tehes kolm peamist funktsiooni: esiteks jagab klientidele infot sotsiaalhoolekannet puudutavate seaduste kohta, sotsiaalteenuste ja toetuste kohta, riiklike pensionite kohta, hooldusteenuste kohta (Allev, Kauber, jt. 2014). Teiseks nõustab klienti haigusest või erivajadustest tingitud probleemide korral, majandusliku toimetulematuse korral, eluaseme puudumise või töötuse korral, haiglast välja kirjutamise valikuvõimaluste osas, patsientide toimetulekuvõime tõstmise võimaluste leidmiseks (Allev, Kauber, jt. 2014). Kolmandaks abistab sotsiaaltöötaja patsienti kojumineku organiseerimisel, vajaliku dokumentatsiooni täitmisel (näiteks isikut tõendavate dokumentide taotlemine, töövõimetuspensioni määratlemiseks dokumentide täitmine, abivahendite taotlemisel, sotsiaalteenuste (nt koduhooldusteenus või hooldekodu

koha taotlemine) ja toetuste taotlemisel (nt vanemahüvitis või peretoetus) (Allev, Kauber, jt. 2014).

Koostöö kliendiga on vajalik erinevate tegevuste läbiviimiseks, abistamisprotsessi õnnestumiseks (Manley, Wilson 2009, 19). Sotsiaaltöötaja ja kliendi lähedased on tänases süsteemis abistatava kliendi jaoks püsivate muudatuse mõjuteguriteks, nii Eestis kui ka mujal maailmas (Allev, Kauber, jt. 2014).

Sotsiaalnõustamine, nii Eestis kui ka mujal maailmas, tähendab, et sotsiaaltöötaja annab patsiendile või tema lähedastele teavet nende sotsiaalsetest õigustest ja seaduslike huvide kaitsmise võimalustest (Allev, Kauber, jt. 2014). Eestis on sotsiaaltöötaja ülesanne on analüüsida patsiendi sotsiaalmajanduslikku olukorda ning võimaluste piirides abistada teda probleemide lahendamisel, et tagada edaspidist toimetulekut (Allev, Kauber, jt. 2014).

Kliendi lähedaste toetamisel on oluline järjepidev suhtlemine, arutelud ja vastastikune info vahetamine (Dhooper 2012:121). Abistajad sekkuvad kliendi ellu eesmärgiga luua planeeritud muutust (Zastrow 2006, 40-48). Selleks koostab raviastutuse sotsiaaltöötaja koostöös kliendi lähedastega hinnangu kliendi võimalustest ning vajadustest (Allev, Kauber, jt. 2014). Koostöös kliendi lähedastega toetab ta raviastutuse patsienti kogu raviastutuse vältel. See tähendab, et koostöö käigus sotsiaaltöötaja lähtub konkreetse kliendi võimalustest. Koostöö kaudu toob kliendile või kliendi lähedastele välja kõik klienti ümbritsevad ressursid ning vajadusel abistab ja näitab lähedastele (kliendile), kuidas neid oleks võimalik edaspidi rakendada. Kliendi ja tema lähedaste jaoks on astutuses oluline koostöö kaudu saada spetsialistilt tuge.

Vastavalt kliendi vajadustele ja eesmärkidele kaasab sotsiaaltöötaja ka teisi inimesi kliendi abistamise astutuses (sh. haiglas ja väljaspool raviastutust asuvad inimesed, kellele läheb kliendi käekäik korda.). Raske diagnoosiga patsient võib mõningatel juhtudel vajada konsultatsiooni edasi haiglaväliselt. Eestis võib klient abi saamiseks

pöörduda haiglast välja kirjutamisel või juba enne seda oma tugeva tugivõrgustiku, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja või mõne muu sotsiaalteenust osutava asutuse poole. Eestis koostöösuhe kliendi ja raviasutuse sotsiaaltöötaja vahel enamasti haiglast väljakirjutamisega katkeb (Allev, Kauber, jt. 2014). Mujal maailmas saavad sotsiaaltöötaja konsultatsioone statsionaarsel ravil olevad kliendid ja klientide lähedased, nii raviteenuse ajal kui ka raviteenuse saamise järel (Zastrow 2006, 40-48).

Tervishoiu kliendi ja sotsiaaltöötaja koostöö võib kokku võtta järgnevalt: raviasutuste patsientideks on need samad inimesed, kes võivad oma sotsiaalsete probleemide tõttu pöörduda ka haigla sotsiaaltöötaja juurde. Raviasutuse sotsiaaltöötaja teavitab klienti olemasolevatest abisüsteemidest. Nõustab, milline lahenduskäik oleks kliendile kõige sobilikum ning abistab dokumentide vormistamisel.

## **1.2 Sotsiaaltöötajate ja sama organisatsiooni tervishoiuspetsialistide vaheline koostöö**

Haigla sotsiaaltöötajad osutavad sotsiaaltööteenust erinevates maakonnahaiglates erinevates osakondades või suuremates piirkondades erinevates kliinikutes. Tervishoiu sotsiaaltöötajate töö jaotus on haiglates erinev ja nad teevad erinevates osakondades (üksustes) koostööd erinevate spetsialistidega. Ühe asutuse piires tehakse meeskonnatööd, kus grupp spetsialiste (sotsiaaltöötaja, arstid, jt. oma ala spetsialistid) tegutseb ühise eesmärgi nimel (Tamm 2010). Raviasutuse meeskonnatöösse on tavaliselt kaasatud spetsialistid: arstid, meditsiiniõed, sotsiaaltöötaja, hoolduspersonal, vajadusel veel erinevaid erialaspetsialiste nagu näiteks psühholoog, füsioterapeut, logopeed ja teised siduserialade esindajad (Nuut 2004, 12).

Asutuste spetsialistide töötamine ühise eesmärgi nimel lihtsustab professionaalide suhtlemist ja vahetut teadmiste jagamist. Tulemuslik koostöö kujuneb välja

spetsialistide omavahelisest heast kontakti loomisest. Hea kontakti saavutamine sõltub kontakti võtmise viisist, selle hoidmise oskusest, varasemast koostöö kogemusest. Professionaalide vahelises suhtluses on koostöö aktiivprotsess aga hea koostöö kujuneb välja ühiste tegevuste käigus. Eestis on sellise koostöö sisuks teenustele suunamine, dokumentatsiooni vormistamine, juhtumitöö (Tamm 2010).

Asutuse siseselt kasutab sotsiaaltöötaja esimese sammuna probleemide lahendamiseks koostööd. Sotsiaaltöötaja erialased tööloigud juhtumitöös on meeskonna kohtumiste korraldamine ja konsultatsioonide läbiviimine. Sellistel kohtumistel vahetatakse uut teavet ning ühiste nõupidamiste ja teineteise jõustamise läbi langetatakse ühiseid otsuseid (Webb 1992, 223 – 230). Kõrvuti raviplaani kulgemise protsessiga on sotsiaaltöötaja roll anda ülevaadet sotsiaalsete probleemide lahenemise käigust teistele spetsialistidele (Webb 1992, 223– 230). Vastavalt raviasutuste sisestele sotsiaaltöö ametijuhenditele on sotsiaaltöötajal õigus aga ka ülesanne teha koostööd ühiste huvide väljendamiseks ning ülesannete täitmiseks. Selline integreeritud teenuste osutamine muudab teenustele ligipääsu kergeks ja mõjutab koostöö tulemuslikkust.

Tervishoiu sotsiaaltöötaja praktiseerib meditsiinisüsteemis, kus kehtivad tervishoiuteenuste osutamise põhimõtted ja samas teeb ta sotsiaaltööd, järgides oma eriala põhimõtteid ning põhiväärtuseid. Tervishoiu tegevustes on sotsiaaltöötajal väga oluline funktsioon: koostöö soodustamine, koordineerimine, informatsiooni jagamine, dokumentatsiooni vormistamine, ravivõimaluste otsimine. Raviasutustes on sotsiaaltöötajal võimalik vähendada meditsiinitöötajate koormust. Meditsiinitöötajad ei pea tegelema patsientide sotsiaalprobleemide lahendamisega ja saavad keskenduda raviga seotud probleemidele. Koostöö kaudu suudetakse pakkuda mõlemas valdkonnas kvaliteetsemat ja standardiseeritud professionaalsel tasemel abi. Sotsiaaltöö kohandub selle raviasutuse vajadustele vastavaks.

### 1.3 Raviastutuse sotsiaaltöötaja koostöö teiste astutuste spetsialistidega

Eestis on sotsiaaltöötaja ja teiste tervishoiuspetsialistide koostöö vormiks on võrgustikutöö, kus on kaasatud väljaspool raviastutust erinevatest spetsialistidest meeskond ja kogukonna liikmed. Raviastutuse sotsiaaltöötajad teevad koostööd kohalike omavalitsustega, sotsiaalhoolekande astutustega, hooldusravi pakkuvate astutustega, koduõendus spetsialistidega, rehabilitatsiooni meeskondadega teistest astutustest, päevakeskustega, perearstidega, juristidega, ajakirjanikega, matusebüroodega, eakate poliitika komisjonidega, varjupaikadega ja mitmete heategevusorganisatsioonidega, nõustamiskeskustega, perekeskustega, kohalike omavalitsustega, haigekassaga, raviastutustega, puuetega inimeste kojaga, kirikutega ning veel paljude teiste erialade inimeste ja astutustega (Narusson 2003). Seda esineb ka umbes 15 % juhtudel sotsiaaltöötaja igapäevapraktikas (Tamm 2010).

Erinevaid teenuse valdkondi (nt koostöö perearstide ja – õdedega, kohalike omavalitsuse sotsiaaltöötajatega jne.) omavahelise koostöö kaudu liites, on võimalik katta suuremat probleemide ringi ja pikemaajaliselt klienti toetada (*Ontario Association of Social Workers* 2004). Koostöökultuur mõjutab erinevate astutuste vahelise usalduse kujunemise võimalusi, rollide jagunemist ja konfidentsiaalsusnõuded koostöö toimumise ajal ning pärast seda (Weinstein, Whittington 2003, 79).

Koostöös erinevate astutustega toimub enamasti informatsiooni hankimine, et koguda erinevatelt astutustelt teavet varasemalt kliendiga tehtud protseduuride kohta aga ka info edastamine. Ühiste arutelude käigus tehtava koostöö käigus saadakse lisateavet ja seetõttu mõistetakse paremini ette tulevaid probleeme ning otsitakse erinevaid mooduseid probleemide lahendamiseks. Eesti väiksuse tõttu teevad süstemaatilist koostööd need spetsialistid, kes peavad suhtlema oma piirkonda kuuluvate erinevate valdkondade spetsialistidega ja organisatsioonidega, et leida lahendusi kliendi probleemolukorrale (nt dokumentide vormistamine, teenustele

suunamine jne). Protsesse pidevalt läbi viies kujuneb spetsialistide vahel välja üldine koostöökultuur. Koostöökultuuri areng sõltub ka sellest, kuidas teised spetsialistid (väljaspool ravi-asutust) mõistavad tervishoiu sotsiaaltöötaja rolli ravi-asutustes. Sotsiaaltöötaja ja erinevate asutuste spetsialistide koostöö peamine eesmärk on erinevaid valdkondi oma pädevustega toetada (*Ontario Association of Social Workers* 2004).

#### **1.4 Tervishoiu sotsiaaltöötaja koostöö teiste tervishoiu sotsiaaltöötajatega klienditöös**

Ravi-asutuse sotsiaaltöötajad ühes asutuses tunnevad oma asutuse võimalusi. Sama eriala spetsialistide töös on koostöö ühiste teadmiste, oskuste, väärtuste ja motivatsiooni kogum, mida tõlgendatakse, järgitakse ning kasutatakse vastavalt vajadusele. Ravi-asutuse sotsiaaltöötaja saab teiste ravi-asutuste sotsiaaltöötajatelt kui kolleegidelt tuge, sest tervishoius tegutsevad sotsiaaltöötajad tunnevad ravi-asutuste kultuuri, struktuuri ning seda, milliste probleemidega kellegi juurde asutustes pöörduda saab (Manley, Wilson 2009, 19-23).

Suurtes ravi-asutustes jagunevad sotsiaaltöötajad haldusüksustesse, millel on erinevad vastutusala-d. Erinevused tulenevad veel sotsiaaltöötajate erinevatest ressurssidest, milleks on asutustes erinev sotsiaaltöötajate arv, spetsialistide ebaühtlane ettevalmistus ning ravi-asutustel on kasutada erinevad majanduslikud ressursid (Narusson 2013). Eestis jaotuvad sotsiaaltöötaja tööpiirkonnad osakondade (nt. Tallinna) või kliinikute (nt. Tartu) kaupa kui haiglas on palgal mitu sotsiaaltöötajat. Sotsiaaltöötajad suudavad koostöö kaudu seada oma tegevusele asutuses selged piirid.

Eesti haigla praktikas on sotsiaaltöötajatel kokkupuude seisukohaga, et haiglas tuleb eelkõige tegeleda meditsiiniliste küsimustega, sotsiaalsed küsimused ja keskkonnast tulevad mõjud on teisejärgulised (Tisler 2013). Tervishoiu sotsiaaltöötaja tegevuse ulatus lepatakse kokku individuaalselt tööandja ja

sotsiaaltöötaja vahel ning pannakse kirja töölepingu lisasse. Seega on Eesti raviasutustes kõrvuti kasutusel meditsiiniline ja sotsiaalne lähenemine. See tähendab, et sotsiaaltöötajad valivad oma töö fookuse vastavalt kliendi toimetulekuvõimele ja teevad sealjuures koostööd lisaks meditsiinitöötajate ka oma eriala esindajatega. Koostöö arendamiseks tuleb sotsiaaltöötajatel tegeleda teadustööga. Professionaalne koolitus peab Shulman'i sotsiaaltöö interaktsioonilise mudeli järgi aitama töötajal teadvustada ja läbi mõelda asjaolud, mis mõjutavad näiteks töösuhet ja võtta need kasutusele nii, et tulemus oleks positiivne (Shulman 1991, 119-121). Interaktsiooni mudelid moodustavad organisatsioon, töötaja ja klient süsteemi, mille kõik osad mõjutavad teineteist. Sotsiaaltöötajate koostöö rakendamise erinevad võimalused muudavad raviasutuse sotsiaaltöö teenuse asutustes ebaühtlaseks ning raskendavad ka organisatsioonides sotsiaaltöötajate vahelist suhtlemist (Narusson 2013).

Sotsiaaltöötajate omavaheline teadmiste, kogemuste ja heade praktikate vahendamine toimub nii igapäevaselt kui ka spetsiaalsetel kohtumistel. Koostöö mõjutegurite kaudu kasvab spetsialistide jaoks välja esiteks teadmiste kompetents ja konstruktiivselt kriitiline lähenemine (Weinstein, Whittington, jt. 2003, 23-26). Oma tegevuse kaudu mõjutavad sotsiaaltöötajad ka tervishoiu organisatsiooni tegelema kliendi sotsiaalprobleemidega. Raviasutuses on sotsiaaltöötajate roll muu hulgas ka meeskondade, komiteede ja töörühmade liikmeks olemine (Manley, Wilson 2009, 19-23). Sotsiaaltöötaja jaoks on kliendi sotsiaalse probleemi fookuse valimisel väga oluline informatsioon meditsiinilise personali kõrval oma eriala esindajatelt.

Sotsiaaltöötajad muudavad haiglad vastuvõtlikumaks kliendi sotsiaalprobleemide suhtes. Kontekst, kus on fookus meditsiinilistel probleemidel, mitte inimese tervikkäsitlusel, nõuab sotsiaaltöötaja suutlikkust kohanduda, aga ka võimet olukorda analüüsida (Raamat 2007). Koostöö on protsess, kus spetsialistid töötavad kas eraldi või ühiselt (Whittington, Bell 2001, 153). Eraldi töötades ei arendata omavahel sügavamat koostööd. Sellisel juhul toimub koostöö nii, et iga spetsialist langetab otsuseid ainult oma erialastest pädevusest lähtudes ning spetsialist jäävad

pidevasse infosulgu ja võivad tehtud tegevusi korrata, sest neil puuduks ülevaade teiste spetsialistide (sh. sotsiaaltöötajate) tegevustest (Whittington, Bell 2001, 153). Sotsiaaltöötajad teistes riikides algatavad tihti programme ja töötavad välja uusi teenuseid klientide vajaduste paremaks rahuldamiseks, samuti mõjutavad nad organisatsiooni ja välist keskkonda paindlikkusele, kui selleks vajadus tekib (Germain 1984 refereeritud Peenra 2006 kaudu).

Paljud Eesti tervishoiu sotsiaaltöötajad on Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsiooni liikmed. Sotsiaaltöötajaid liitva organisatsiooni kaudu koostöö rakendamine lihtsustab koostöö arendamist. Narusson (2013) tõdeb, et kui koostöökultuur on hästi välja kujunenud, võib juhised ära unustada. Sotsiaaltöötaja ei tohi kaotada oma erialaidentiteeti ega loobuda patsientide huvide ja oma eriala professionaalse vaatenurga esindamisest ning vajadusel ei tohi karta vastanduda organisatsioonis kehtestatud reeglitele ja tavapärastele toimimisviisidele (Whittington, 1999). Selline koostöövorm baseerub juba eelnevalt välja töötatud koostöösuhetel (Narusson 2013).

Sügavam koostöö on koostöö, mille kaudu kujunevad välja ühistegevused (meeskonna kohtumised, konsiiliumid jms). Koostöö eeldab ka tihedamat vastastikust suhtlemist ja panustamist oma eriala pädevuste arendamisse, kui seda suudab pakkuda üks sotsiaaltöötaja üksi töötades. Üks võimalus sotsiaaltöötajate koostöö arengut toetada on pideva kosisiooni (ingl k. peer groupsupervision/consultation) rakendamine (Moreno 2014). Kosisioon on meetod, kus omavahelist toetust pakuvad üksteisega võrdsed – sarnase töö tegijad või rolli kandjad (Moreno 2014). Sealjuures kasvavad tegelikult ka sotsiaaltöötajate erialased pädevused tervishoiusüsteemis. Kosisioon on oma olemuselt eneseabi lähenemiste hulka kuuluv meetod aga koostöö kontekstis on see hea koostöö vorm.

Teistest enim on kosisiooni rakendatud abistavate elukutsete esindajate professionaalse arengu toetamisel (Moreno 2014). Seda võimaldab ka meeskonnas hästi toimiv koostöökultuur. Sotsiaaltöötajad suhtlevad omavahel info kogumiseks, erinevate struktuuride ja juhendite loomiseks, pidevaks enese täiendamiseks.



Omavahelise suhtlemise kaudu on lihtsam oma mõtteid avaldada ja teistele selgitada. Miinuseks võib lugeda seda, et sama inimene töötab rohkem kui ühe juhtumiga korraga, mis võib tema tähelepanu hajutada ja muuta info edasi andmise pinnapealseks (Narusson 2013).

Raviasutuses tegeletakse tervishoiu sotsiaaltöö edasi arendamisega ja erinevate haiglate vahel tegeletakse ülesannete jagamisega. Tervishoiu sotsiaaltöötajad tegelevad regionaalsel tasandil piirkonna ressursside koondamise ja koordineerimisega (Allev, Kauber, jt. 2014). Organisatsioonis toimuvad arengud aitavad sotsiaaltöötajatel pidevalt säilitada – fookust koostööl. Ja samas järjepidevalt koostööd tehes ja edasi arendades saavad sotsiaaltöötajad ühiselt mõjutada kliendi toimetulekut ja heaolu (Germain 1984: 67-76 , Whitfield 2006: 13). Tervishoiu sotsiaaltöötajate koostöö vajadus on olemas, kuid samas praktikute omavahelistes diskussioonides vähe arutletud, milliste juhtumite lahendamiseks ja millises ulatuses koostööd rakendatakse (Whitfield 2006: 13).

## **1.5 Uurimuse probleemiseade**

Raviasutuse sotsiaaltöötaja koostöö ja selle uurimine võib mõjutada sotsiaal – ja tervishoiusüsteemi arengut tervikuna. Dhooper (2012) ütleb oma raamatu „Social Work in Health Care: Its Past and Future“ sissejuhatavas tekstis, et tervishoiu sotsiaaltööl ei olnud valikut ta pidi toimima hakkama tervishoiu kõrval. Minule teadaolevalt on varasemalt Eestis tervishoiu sotsiaaltöö valdkonnas teostatud näiteks järgmised uurimused: Diabeedilapse ja tema perekonna igapäeva elu Eestis (Ojaberg, 2013). Hapra eaka haiglast väljakirjutamine: tervishoiu sotsiaaltöötajate poolt tajutud eetilised konfliktid edaspidiste ravi- ja hooldusotsuste tegemisel (Tisler, 2010). Laste väärkohtlemine esimesel eluaastal: probleemi kirjeldus ja riskitegurite uuring Tallinna Lastehaigla andmete näitel (Ojala, 2007). Geriaatriline

hindamine ja teenuste planeerimine eakate hoolduse ja ravi korraldamisel SA TÜ Kliinikumi näitel (Pahk, 2006). Tervishoiu sotsiaaltöötajate koostöövõrgustiku kujunemine Eestis (Peerna, 2006). Tervishoiu sotsiaaltöö Kuressaare haigla näitel (Nuut, 2004). Aktiivraviasutuste sotsiaaltöötajate funktsioonid ja tegevused (Narusson 2002). Kliinilise sotsiaaltöö võimalused perekonna vajaduste hindamisel ühe perekonnaliikme haigestumisel (Gutmann, 2001).

Sotsiaaltööga tervishoiuasutuses puutusin kokku tehes oma igapäevast tööd põetajana, ühes Eesti suurimas riiklikus haiglas. Seetõttu tuli ka minul raviasutuse sotsiaaltöötajaga tööalaselt koostööd teha. Olin haiglas tööl (põetajana) samal ajal kui õppisin sotsiaaltööd kõrgkoolis. Sotsiaaltöö praktilal olles nägin, et raviasutuse sotsiaaltöötaja teeb haiglas koostööd väga erinevate spetsialistidega. Praktika kogemus näitas, et Eesti raviasutuse sotsiaaltöötaja teeb koostööd raviasutuse spetsialistidega (psühholoogid, füsioterapeudid) osutab raviasutuse sotsiaaltöötaja nõustamist, pakub tuge kliendile ja kliendi perekonnale. Koostöös haigla personaliga informeerib raviasutuse sotsiaaltöötaja patsienti ja teisi juhtumiga seotud osapooli sotsiaalteenustest/toetustest. Koostöö kaudu koordineeritakse olemasolevatele sotsiaalteenustele ligipääsu. Patsiendi jaoks kajastub hea koostöö eelkõige teenuste kättesaadavuses. Sotsiaaltöötaja korraldab sotsiaal- ja teiste teenuste kättesaadavust. Vajadusel otsitakse lisaressursse, näiteks vahendatakse kriisiabi (nt. psühholoogid, psühhiaatrid). Juhtumi iseärasustest lähtuvalt konsulteeritakse erinevate spetsialistidega (kliendi raviarst, õed, hooldusõed jne.). Raviasutuse sotsiaaltöötaja jaoks kajastub aga koostöö valdkondades. Teiste sotsiaaltöötajatega koostöös viiakse läbi uurimusi ning teostatakse oma töö hindamist (Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioon 2003).

Koostööpartnerid mõjutavad raviasutuse sotsiaaltöötaja klienditöös koostöö ulatust ja sotsiaalteenuse osutamise tingimusi. Koostöö uurimine on vajalik, sest selle kaudu kasvab teenuse paindlikkus, suurenevad võimalused ja mõjuulatus sotsiaal- ning tervishoiu sektoris (Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioon 2003). Inimeste tervist saab mõjutada läbi erinevate teenuste, nii olemasolevate kui ka

arendamist vajavate koostöö tingimuste. Tänapäeval on sotsiaaltöötajad võetud haiglasse tööle haiglate enda.

Tervishoiu sotsiaaltöötajate kui erialaspetsialistide koostöö sisu ja korraldus on minu arvates Eestis vähe räägitud temaatika. Enne haiglasse tööle asumist ei teadnud ma sellest sotsiaaltöö valdkonnast midagi. Minule, kui uurijale tundus tervishoiu sotsiaaltöö huvitav aga samas jäi segaseks, nii tervishoiu sotsiaaltöötajate koostöö sisuline pool kui ka koostöö koostööpartneritega raviasutuses ja teistes asutustes. Seetõttu valisin oma lõputöö valdkonnaks tervishoiu sotsiaaltöö, et seda põhjalikumalt uurida.

Minu uurimuse eesmärk on anda ülevaade raviasutuste sotsiaaltöötajate koostöö kogemustest igapäevases klienditöös teiste spetsialistidega nii oma asutuses kui väljaspool asutust ning tuua välja koostöö olulisus, selle ulatus ning peamised eesmärgid. Lähtuvalt uurimuse eesmärgist on püstitatud uurimusküsimused: milles seisneb kliendi, temale oluliste isikute ja tervishoiu sotsiaaltöötaja vaheline koostöö tervishoiusüsteemis? Milles seisneb tervishoiu sotsiaaltöötaja ja sama asutuse tervishoiuspetsialistide vaheline koostöö? Milliste teiste asutuste spetsialistide koostööd tehakse? Milles seisneb tervishoiu sotsiaaltöötajate omavaheline koostöö? Milliseid koostöö probleeme ja arenguvõimalusi näevad raviasutuste sotsiaaltöötajad koostööd tegemisel?

## II UURIMUS

Minu uurimuse eesmärk on anda ülevaade raviasutuste sotsiaaltöötajate koostöö kogemustest igapäevases klienditöös teiste spetsialistidega nii oma asutuses kui väljaspool asutust ning tuua välja koostöö olulisus, selle ulatus ning peamised eesmärgid. Valisin uurimuse läbi viimiseks kvalitatiivse uurimismeetodi ja otsustasin läbi viia intervjuud. Selline andmete kogumismeetod aitab kõige paremini saavutada minu uurimuse eesmärki. Kvalitatiivne uurimismeetod on sobilik selliste uurimuste puhul, mille eesmärgiks on nähtuste tähenduse, inimeste kogemuste, mõtteprotsesside, emotsioonide väljaselgitamine (Strauss & Corbin 1996, viidatud Karu jt 2007 järgi). Antud uurimus baseerubki koostöö kogemuse kui nähtuse kirjeldamisel ja mõistmisel, kuna käesoleva töö fookuses oli raviasutuse sotsiaaltöötaja koostöö kasutus, koostöö valdkonnad, eesmärgid, ulatust ja partnerid klienditöös. Käesolevas peatükis esitatakse ja analüüsitakse saadud tulemusi ning tehakse kokkuvõtteid ja järeldusi uurimusest.

### 2.1 Andmete kogumismeetod

Intervjuu kasutamine annab teatud vabaduse andmete kogumisel – ühelt poolt on uurijal võimalus juhtida intervjuud ning teiselt poolt anda intervjuueeritavatele võimalus vabalt vastata ja tuua välja erinevaid aspekte, mis on seotud intervjuu teemaga. Intervjuude läbi viimiseks valisin individuaalintervjuud kolme praktiseeriva tervishoiu sotsiaaltöötajaga, sest see intervjuu tegemise vorm võimaldab välja selgitada uurimuses osalejate isiklikke seisukohti ja kogemusi. Käesoleva bakalaureusetöö raames läbi viidud intervjuud salvestasin diktofoniga. Sotsiaalala praktikud ja eksperdid iseloomustavad käesoleva uurimuse raames läbiviidud intervjuude käigus koostööd raviasutustes ja kogutud andmed annavad tulemuseks sisulise, põhjaliku teadmise sealse koostöö ulatuse kohta.

Töös kasutatud poolstruktureeritud intervjuu on üks kvalitatiivse uurimuse andmekogumismeetod, mille puhul esitab uurija intervjuu käigus avatud küsimusi (Ayres 2008a, 810-811). Poolstruktureeritud intervjuu puhul on uurijal ja intervjuus osalejal enam võimalusi intervjuu käiku suunata (Ayres 2008a, 810-811). Poolstruktureeritud intervjuu puhul on võimalik muuta ka teemade järjekorda, lähtudes intervjuueeritavate poolt räägitud infost.

### 2.1.1 Uurimuses osalejate kirjeldus

Uurimuses osalesid kolm sotsiaaltöötajat. Uurimuses osalejad töötavad Lõuna-Eestis paiknevates haiglates. Kaks haiglat on riiklikud ja üks maakondlik haigla.

Uurimuses osalejate valimisel oli oluline, et ravi- ja sotsiaaltöötajad oleksid oma ametikohal töötanud rohkem kui kolm aastat ja omaksid sotsiaaltöö erialast kõrgharidust. Kahel osalejal on omandatud sotsiaaltöö bakalaureuse kraad ja kolmas tegeles magistrikraadi omandamisega. Üks uurimuses osaleja oli ametis töötanud rohkem kui kolm aastat, teine rohkem kui viis ja kolmas peaaegu 10 aastat. Ühe tervishoiusotsiaaltöötaja ametikabinet asus keldrikorrusel ja kahel spetsialistil osakonna keskel. Intervjuueeritavad jäid anonüümseks ja oma töös nimetan neid R1, R2 ja R3. Praktiseerivad spetsialistid valisin seetõttu, et pidasin oluliseks saada ülevaadet koostöö valdkondadest läbi ekspertide hinnangute, arvestades nende senist koostöö kogemust ja ulatust.

Intervjuueeritavatele intervjuu küsimustele vastamine suurt raskust ei valmistanud. Oli näha, et nad on teema üle juba pikemat aega mõelnud ja neil olid vastused olemas. Üks intervjuueeritav saatis mulle veel nädal peale intervjuu toimumist ülevaate oma praktikast koostöö ulatuse kohta ja kliendijuhtumite näiteid. Teine intervjuueeritav oli samuti väga sõbralik ning keskendus põhjalikult teemasse.

Intervjueeritavad olid väga jutukad ja intervjuu teema kaldus pidevalt sotsiaaltöö olulisuse peale ning kohati tundsin raskust fookuse hoidmisel. Kolmas uurimuses osaleja oli intervjuu tegemise ajal kõige konkreetsem ja tema rääkis positiivsetest asjadest koostöö tegemisel. Samas oli ta ka kõige kauem töötanud antud erialal samas ametiasutuses.

### 2.1.2 Andmete kogumine

Andmete kogumiseks viisin läbi kolm poolstruktureeritud intervjuud. Uurimuses osalejate otsimise käigus saatsin kirja seitsmele raviasutuse sotsiaaltöötajale. Neist esimesega, kes mu kirjale vastu kirjutas, leppisin kokku silmast – silma intervjuu. Peale e-kirja saatmist võtsin uuesti telefoniteel ühendust kahe sotsiaaltöötajaga.

Intervjuu alguses täpsustasin üle uurimuse teemad ja eesmärgi. Esitasin ette valmistatud avatud küsimused ja intervjuude käigus küsisin uurimuses osalejatelt ka täpsustavaid avatud küsimusi. Intervjuud salvestasin diktofoni abil. Intervjuud viidi läbi aprill kuni mai 2015. Intervjuud toimusid sotsiaaltöötajate tööruumides.

## 2.2 Analüüsimeetod

Analüüsi meetodina olen kasutanud antud töös kvalitatiivset temaatilist analüüsi. See on uurimismeetod, mida rakendatakse tekstiandmete sisu subjektiivseks tõlgendamiseks. Intervjueeritavatele oluliste teemade ilmnemise kindlaks tegemiseks ja analüüsimiseks. Temaatiline analüüs on analüüsi viis, mille abil kvalitatiivseid andmeid jagatakse osadeks (lõikudeks), saadud tekstiosad kategoriseeritakse teemade kaupa, summeeritakse ja taastatakse nii, et kõige olulisemad ideed sealjuures kaotsi ei läheks (Ayres 2008b: 867). Temaatiline

analüüs lihtsustab kvalitatiivsete andmete hulgast sarnaste mustrite otsimist. Temaatiline analüüs aitab leida andmetes peituvad tähendused ja mõtted (Laherand 2008: 290). Temaatilise analüüsi tulemuseks on ühendavate mustrite kirjeldamine (Ayres 2008b: 867).

Käesoleva uuringu raames viisin läbi järgmised tegevused: transkribeerisin intervjuud. Transkribeerimisel jätsin välja mõned ebaolulised ja teemasse mittepuutuvad lõigud, samuti foneetilised iseärasused ja pausid. Siis lugesin mitu korda intervjuudel saadud materjali läbi, seejärel struktureerisin teksti osad vastavalt uurimuse küsimustele ja intervjuueeritavatele olulisena tunduvate koostöö valdkondadele kaupa. Eristasin teksti sees iga kategooria eraldi värviga, et lihtsustada enda jaoks tekstiühikute kategooriatesse paigutamist. Esile kerkisid kõige olulisemad teemad, millest uurimuses osalejad kõige rohkem rääkisid (kliendijuhtumid, koostöö sisu, meeskond, teised asutused) ja tekkis muster, mille järgi joonistusid välja erinevad kategooriad.

Analüüsi tegemisel kasutasin temaatilist kodeerimist ja jaotasin kogutud andmete lõigud intervjuu kava teemade järgi. Lähtuvalt uurimuse eesmärgist ja intervjuudest tekkisid koostöö uurimiseks temaatilised peakategooriad. Intervjuu läbi viimisel juhindusin intervjuu kavast, mille kaudu intervjuudest saadud andmed jagunesid järgnevate teemade alla: koostöö vormi määratlemine, seosed sotsiaaltöötajate koostööpartneritega, sotsiaaltöötajate ootused koostööle, koostöö raskused. Andmete kogumisel pöörasin tähelepanu sellele, mis on uurimuses osalejate jaoks oluline, mida nad on selle teemaga seoses pidanud oluliseks rääkida. Järgnevalt võtsin andmed uuesti kokku ja jaotasin järgnevalt: raviasutuste sotsiaaltöötajate klienditöös tehtav asutuse sisene koostöö, koostöö asutuste vahel ja koostöö teiste kliendiga kokku puutuvate spetsialistidega ning tervishoiu sotsiaaltöötajate omavaheline koostöö tervishoiu sotsiaaltöö valdkonna arendamise eesmärgil.

## III PEATÜKK: ANALÜÜSI TULEMUSED

### 3.1 Klienditöö

Intervjuudest selgus, et raviastutuse kontekstis on konkreetset sotsiaaltöötaja koostööpartnerite valikud ja ülesanded koostöös enamasti tingitud tema kliendi probleemidest ja abivajaduse unikaalsusest. Uurimuses osalenud tervishoiu sotsiaaltöötajad nõustavad kliente nende toimetulekuvõime tõstmiseks. Uurimuse esimene ja teine osaleja puutuvad oma töös palju kokku täiskasvanute ja eakatega. Kolmas intervjuueeritav töötab lastega ja puutub palju kokku ka laste vanematega ning peab töötama ka selleks, et kliendi lähedasi informeerida, nõustada ja abistada. Koostöö eesmärgi seatakse vastavalt võimalustele (R1 ja R2). Võimaluste suurendamiseks on vajalik üldine teadlikkuse tõstmine tehtavast koostööst (R1). Sotsiaalse probleemi määratlemine toimub kliendiga suhtlemise käigus (R1). Teine uurimuses osaleja toob välja, et tal tuleb hinnata ka kliendi valmisolekut koostööks. R2: „*Kliendiga kohtumiste käigus saab raviastutuse sotsiaaltöötaja aimu kliendi valmisolekust koostööks.*“ Otsese nõustamise kaudu aitab sotsiaaltöötaja kliendil mõista kliendi ja lähedaste olukorda, jõuda otsusele ja leida vajalikke ressursse kliendi abistamiseks. R3: „*Vajadus pere nõustada. Enamasti kliendid ei tule toime ja vajavad siis abi. Enamasti ikka nõustamistöö, kuidas toime tulla teistmoodi käituva lapsega.*“ Intervjuu käigus selgus, et tervishoiu sotsiaaltöötajal tuleb hinnata ka lapsevanemate toimetulekuvõimet oma edasiste tegevuste planeerimiseks. Tal tuleb laste vanemaid toetada ja nõustada (R3). Praegu on koostöös vastutus hajutatud sotsiaaltöö ja tervishoiuvaldkondade vahel (R2). Uurimusest ilmnes, et lastega töötades püüab raviastutuste sotsiaaltöötaja toetada lapse terviseprobleemide taustal tekkinud või teravnenud sotsiaalsete suhete probleemidega toimetulekuvõimet haiglas viibimise perioodil, nii et mõju avalduks läbi lapse tugivõrgustiku ka hilisemas perioodil (R3). Tema hinnangul on paljud vanemad käega löönud ja ei ole koostöö suhtes eriti lootusrikkad, et olukord võib muutuda.



Uurimusest selgus, et sageli tuleb ette olukordi, kus klient vajab abi oma raha asjade või dokumentide korrastamiseks, siis tuleb koostööd teha erinevate ametkondadega. Tervishoius satuvad sotsiaaltöötaja klientideks inimesed, kelle terviseolukord on üldjuhul järsult halvenenud ja nad ei ole võimelised iseseisvalt oma raha – asju korraldama. R1: *“Meil Eestis on enamus vanurite dokumente tähtajalised ja neil ei ole sageli meeles, kuna mingi paber oma kehtivuse kaotab.”* Koostööd tehakse ka praktilise abi osutamise kaudu. Uurimusest selgus, et klienditöö käigus tuleb tervishoius sotsiaaltöötajatel sageli kiirelt tegutseda kui nad avastavad kliendi dokumendi lõppemise ja kliendid vajavad uute vormistamisel abi. R2: *„Dokument on lõppenud, siis puue on lõppenud või seda ei olegi, töövõimetus, raha kättesaamine.“* Dokumentide vormistamise miinusena toovad tervishoiu sotsiaaltöötajad välja, et vajavad selleks kliendilt eraldi volitust, sest neil puuduvad vastavad õigused (nt pangas pangakaardi uuendamiseks jne) (R2, R1). Lisaks sellele võib klient olla oma toimetuleku pärast väga mures, kui kuuleb, et üks või teine paber ei kehti. Ka sellega peavad siis sotsiaaltöötajad tegelema. Selleks parim moodus on, uurimuse osalejate arvates, kiire info jagamine, nõustamine ja abistamine (R1,R2). Kolmanda probleemolukorrana toovad mõlemad uurimuses osalejad välja, et dokumentide vormistamine võtab liiga palju aega ja neil seda haigla oludes pakkuda tavaliselt ei ole võimalik (R2). R1: *„Pangas on vaja käia, midagi ei saa teha, sest inimene on haiglas.“*

Eraldi toodi klienditöö suure osana välja kliendi koju – mineku ehk siis haiglast välja kirjutamise murekoht, sest tihti puudub klientidel selleks sobiv koht kuhu minna, et tervist taastada. (R1, R2) R1: *„Loomulikult koju minek. See on ka hästi suur osa ...“* Uurimuses osalenud tervishoiu sotsiaaltöötajad (R1, R2) tõid intervjuude käigus oma klienditöö ülesannetena välja kliendi teavitamise kliendi õigustest ja ühiskonna võimalustest. Lastega töötav tervishoiu sotsiaaltöötaja (R3) pidas oluliseks samades küsimustes ka vanemate toetamist. Raviasutuse sotsiaaltöötaja vahendab või korraldab klienditöö käigus sotsiaaltoetusi, - teenuseid ja abi.

Uurimuses osalejad, kes töötavad täiskasvanute ja eakatega (R1, R2) tõid välja, et tunnevad klienti abistades puudust inimesest, kelle poole saaks pöörduda. R2: „*See on selles osas väga kurb, et me tunneme, et meil ei ole nagu sellist inimest, kelle poole meie saame tegelikult oma muredega pöörduda.*“ Seetõttu arvasid tervishoiu sotsiaaltöötajad, et juhtumid, kus tekivad koostöös raskused on üsna kerged tekkima ja tavalised. Uurimusest selgus, et tervishoiu sotsiaaltöötajad (R1, R2) tunnevad lünka sotsiaalsüsteemis. Tajutakse vajadust juhtumi koordineerija järgi väljaspool haiglat, kes oleks kergesti tervishoiu sotsiaaltöötajatele kättesaadavad. R2: „*Võiks olla keegi nagu näiteks tugiisik, kes otseselt abistab mind pikkade juhtumite puhul.*“ Uurimuses osalejate (R1, R2) arvates võiks kliendi juhtumit korraldada kliendile usalduslik tugiisik, kelle saab raviasutuse sotsiaaltöötaja kliendile vajadusel määrata, et eelpool mainitud olukordades oleks abi järjepidev ka pärast kliendi haiglast välja kirjutamist ning kõik raviasutuse sotsiaaltöötaja poolt algatatud tegevused saaksid lõpule viidud. „*Raskete juhtumite puhul on kliendi nõustamine süsteemne ja järjepidev töö, mis on aja ja ressursi mahukas, siis oleks hea kui oleks olemas juhtumikorraldaja, kes tegeleb juhtumiga ka siis kui meie ta haiglast välja kirjutame.*“ (R1). Kõik uurimuses osalejad toovad välja, et on ülekoormatud ja ei jõua kliendi heaolule järelvalvet teostada. R1: „*Siis peab olema küll keegi, kes seda asja hakkab edasi koordineerima, sest mina ei jää ilmselgelt pikemalt. Ma olen sihuke vahelüli. Keegi peab olema, kes sellega tegelema jääb.*“ Nähakse vajadust pikemalt kliendi kõrval püsimiseks ja tema toetamiseks. Lahendusena nähti raviasutuse sotsiaaltöötaja alluvusse kuuluva juhtumikorraldaja kaasamist. R1: „*Viiksin nad omavahel kokku.*“ Raviasutuse sotsiaaltöötaja viiks juhtumit korraldava isiku kliendiga kokku ja informeeriks teda, kuna raviasutuste sotsiaaltöötaja koostöö kliendiga on klienditöö probleemolukordade lahendamiseks sobiv ja vajalik võimalus, kuid uurimuses osalejate arvates lühiajaline. Lastega töötav tervishoiu sotsiaaltöötaja selliseks eraldi spetsialistiga koostööks vajadust otseselt ei näe.

Tema arvates peab selle lünga suutma täita kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja. R3: „*Minu asemel peab suutma juhtumiga edasi tegeleda kohaliku omavalitsuse töötaja kui ma olen neid informeerinud peres esinevatest probleemidest. Sageli lapsevanemad kardavad nendega koostööd teha. Halb on olukord siis, kui pere ei*

*ela seal, kuhu on sisse kirjutatud, siis peab otsima muu lahenduse.*“ Ka tema peab kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajatega koostööd ebaühtlaseks. Seda peamiselt just omavalitsuste sotsiaaltöötajate paiknemise tõttu üle Eesti (erinevates omavalitsustes) erinevate tööpraktikate väljakujunemise ja vähese motivatsiooni pärast, just juhtudel kui pere reaalselt kohaliku omavalitsuse piirkonnas ei ela, kuigi on elukoharegistri järgi sinna registreeritud.

### **3.2 Sotsiaaltöötaja ja sama organisatsiooni spetsialistid**

Koostöö raviasutuses sotsiaaltöötajaga tõstab tervishoiu teenuse efektiivsust ning hoiab kokku otseseid ravikulutusi aga samas ei saa sotsiaaltöötaja (kelle töökoht on raviasutuses) uurimuses osalejate sõnul jääda pikemaks ajaks kliendi kõrvale (R1, R2, R3). Uurimusest selgus, et koostöö ulatus on sõltuv raviasutuse sotsiaaltöötaja võimalustest ennast erinevate juhtumitega kursis hoida. Peamiselt on see võimalik nende juhtumite puhul, kus isik on raviteenusel samas asutuses pikema perioodi vältel. Siinkohal tõi lastega töötav tervishoiu sotsiaaltöötaja välja võimalusi, kuidas muuta enda kursis hoidmise koordineerimine lihtsamaks nagu näiteks igapäevane ümarlaudadel osalemine, pidev suhtlus tervishoiu spetsialistidega.

Tervishoiu sotsiaaltöötajad saavad tutvuda ümarlaudadel, konsiiliumite aruteludel osaledes juba varakult kliendi taustaga. Kõik uurimuses osalejad nägid vajadust ühiste ümarlaudade järgi ravimeeskonnaga, kuid erinevates asutustes oli osalemise motivatsioon ning sagedus erineva. R1: *„Minu roll ei ole nii selgelt sõnastatud. Meil ei ole mingit, minu teada statuuti, et kui on selline probleem, siis pöörduda sotsiaaltöötaja poole.*“ Samas jagatakse tervishoiuteenuste osutamise käigus selgunud inimese sotsiaalset olukorda puudutavat infot sotsiaaltöötajaga temaga. Sellega välistatakse lastega töötava tervishoiu sotsiaaltöötaja arvates olukorrad, kus sotsiaaltöötaja peab kliendi haiglast välja kirjutamise ajal ootamatult talle koha leidma, kuhu edasi minna. Samas toob ta välja ka selle, et tema töö on natuke teistsuguse iseloomuga, kui töö näiteks mõne muu sihtrühmaga. R3: *„Lastega*

*töötades on tegemist alaealistega ja seetõttu on alati kaasatud lapse seaduslik esindaja, olgu selleks siis vald või lapsevanem. Alati võib minu poole pöörduda ka meie asutuse psühholoog, arst või mõni muu spetsialist.*“ Koostöö kaudu saadud uut teavet kasutatakse kliendi sotsiaalse probleemi lahendamiseks aga ka omavaheliste ülesannete jagamiseks. Praegu toimuvad regulaarsed kohtumised ühel juhul kolmest. Seetõttu peeti tähtsaks ühise infosüsteemi olemasolu (R1, R2). Intervjuudest selgus, et uurimuses osalejad näevad koostööd tehes võimalust, et nende juurde saab pöörduda eelisjärjekorras või nõ. järjekorra väliselt, kui vajatakse abi näiteks kliendi dokumentide vormistamiseks (R1, R2).

Peamiste koostööpartneritena toodi välja raviarstid, kes hakkavad klienti välja kirjutama ja teavitavad sellest klienti ning siis saavad teada, et kojumine nagu tegelikult ei olegi hetkel võimalik. Sellistel puhkudel, et mitte ise sotsiaalsüsteemist võimalusi otsima hakata võetakse sotsiaaltöötajatega ühendust. Raviastutuste sotsiaaltöötajad (R1, R2) tunnevad, et koostöö toimib asutuse siseselt hästi formaalsel tasandil. Ja süstemaatiline koostöö on olemas just sellistel puhkudel kui tervishoiuspetsialistid vajavad dokumentide vormistamisel abi või ei saa kliendi sotsiaalsete probleemide tõttu teda haiglast välja kirjutada. R1: *„Pigem on see selline, jah et, meil on majas sotsiaaltöötaja, kui teil on sotsiaalsed probleemid klientidel, arstidel on patsiendid, mul on kliendid, et siis palun pöörduge. Alguses mind teavitatakse.*“ Meeskonnatöös koostöö kujunemise juures on olulised suhtlemistavad ja olemasolevad ressursid ehk erinevate spetsialistide teadmised.

Sotsiaaltöötaja lähtub oma oskustest ja keskendub kliendi sotsiaalsetele probleemidele ka meeskonnatööd tehes. Ta tunneb raviastutuse struktuuri ning seetõttu teab kelle poole peab pöörduma kliendi tervisliku seisundi kohta käiva informatsiooni saamiseks. Üks sotsiaaltöötaja peab oma rolli asutuses väga oluliseks. R3: *„Minu roll on väga oluline. Meil on need, kes meie juurde satuvad, siis see info, mis me kõigilt kogume on hästi oluline, sest see annab selle tervikpildi. Kõigil on oma versioon. Maja sisene koostöö on väga hea.*“ Intervjuust (R3-ga) selgus, et ta ise teeb endast kõik oleneva, et teda võetakse ühe osana meeskonnast. Neil on välja töötatud süstemaatilise koostöö tegemise rutiinid. Seetõttu tajub

sotsiaaltöötaja ennast meeskonna osana ning teab täpselt oma tööloike. Samuti toodi välja, et pideva suhtluse kaudu teiste spetsialistidega teavad ka teised väga hästi tema tööloike. Erinevate spetsialistide koostöö kaudu kujuneb välja kliendile sobiv plaan, kus igal spetsialistil on oma vastutusala. Samas ilmnes intervjuu käigus, et kõigil on tegevuskavast või juhtunust oma versioon aga keegi ei karda seda jätta väljendamata (R3).

Uurimuse käigus nimetati sotsiaaltöötaja meeskonnadana geriaatria ja rehabilitatsioonimeeskondi, mis on kindlalt struktureeritud ja kuhu sotsiaaltöötaja peab kuuluma. R1: „*See on nagu iseenesest mõistetav. Meeskonnad on geriaatria- ja rehabilitatsiooni meeskonnad. Seal on tõesti konkreetne meeskond niimoodi.*“ Uurimuses ilmnes, et koostööd tuntakse kõige paremini seal, kus on hea valdkonna sisene koostöö ning raviasutuste sotsiaaltöötaja tunneb ennast meeskonna liikmena. Intervjuudest selgus, et kaks sotsiaaltöötajat tajuvad oma rolli ebakindlalt ning ei taha väga nimetada oma meeskonda kuuluvaid spetsialiste (R1, R2). Pigem on intervjuu käigus leviv üldmulje, et kõik võivad olla meeskonna liikmed ja lähtutakse seadusandlusest oma meeskonna määratlemisel (R2). Suhtlemist mõjutavad tervishoiu sotsiaaltöötaja eelnevad kogemused koostööst tervishoiu töötavate spetsialistidega. Vastavalt vajadusele luuakse meeskonnad, sealjuures lähtutakse nii konkreetse kliendi juhtumist kui ka sellest, kes parasjagu kliendiga tegeleb. R2: „*Aga ülejäänud on niikuinii sihuke jooksev töö, kus kõik võivad su meeskonna liikmed mingil hetkel olla.*“ Seal, kus on selged vastutusala, tunnevad sotsiaaltöötajad, et on osa meeskonnast. Erineva inimressursi olemasolu on tegevuste läbiviimise eelduseks raviasutuses. R3: „*Ressursse koondav meeskonnatöö on hea koostöö.*“ Heas meeskonnatöös on kõigile spetsialistidele teada ka nende koostööpartnerite rollid.

Kõik osapooled teavad, kuidas klienti puudutav informatsioon asutuses liigub ja sealjuures tegutseb iga meeskonnaliige oma valdkonna piires. Kõige rohkem puututakse koostööd tehes asutuse siseselt kokku ravimeeskonnaga ja hoolduspersonaliga. R1: „*Arstid, vanemõde mitmes hooldajatega, vahest koristajad*

*ka, kes on väga tragid ja kes kõike teavad. Need kes selle inimesega tegelevad. Nendega tavaliselt saab räägitud.*“ Sotsiaaltöötajal on samas tervishoiuasutuses lihtsam erialaspetsialistiga otse ühendust võtta. Nende vahelist koostööd võib soodustada ka varasem kokkupuude, näiteks asutuse koridorides või koosolekutel. Klienditöös on sotsiaaltöötaja jaoks koostöös suur osakaal koostööl spetsialistidega raviasutustes. Ka tänapäeva infotehnoloogia ajastul. R3: „*Ent raviasutuste sotsiaaltöö koostöö eesmärgiks ongi toetada klienti läbi meeskonnatöö.*“

### **3.3 Koostöö teiste organisatsioonidega**

Väljaspool raviasutust sotsiaalse abi kohta info/teabe vahendamisest tulenevalt on kohaliku omavalitsuse ja raviasutuse sotsiaaltöö koostöö hädavajalik, sest puuduvad neid kahte ühendav infosüsteem ja jagatud volitused. Uurimuses osalejatega intervjuudest tuleb välja, et erinevate sihtgruppide puhul tuleb teha koostööd erinevate asutustega. Lastega töötav tervishoiu sotsiaaltöötaja teeb koostööd laste heaolu eest seisvate erialade esindajatega nagu näiteks laste psühhiaatrid, psühholoogid, õed, lastekaitse töötajad noorsoopolitsei, pedagoogid, sotsiaalpedagoogid, alaealiste komisjonid, omavalitsused, maavalitsuse spetsialistid, ministeerium. R3: „*Hetkel teen väga palju koostööd kohalike omavalitsustega, kes püüavad lastega töötava tervishoiu sotsiaaltöötaja arvates täita tühimikku tervishoiuteenuste ja kliendi kodu võimaluste vahel.*“ Uurimuses osalejad hindavad koostöö võimalusi oma peamise koostööpartneri, kohaliku omavalitsusega (KOV-iga), ebapiisavaks.

Koostööd klienditöös mõjutab usalduse olemasolu nii tervishoius kui ka kohalikus omavalitsuses sotsiaaltöötajate vastu. Kolmas intervjuueeritav tõi välja, et KOV-i mõjuvõimu kardetakse tema klientide hulgas. R3: „*Sageli on koostöö hästi oluline aga need on ka need kohad, kus koostööd ei ole. Sageli on probleem võrgustikus.*“ Uurimusest selgus, et koostööd takistavaks teguriks on hirm. Klientide vanemad kardavad oma lastest ilma jääda, kui pöörduvad sinna sotsiaalnõustamise sooviga.

Koostööd tehakse, et kliendile pakkuda ühtset ja sujuvat abi. Iga klienditöö juhtum on erinev ja juhtumitest tulenevad vajadused samuti. Koostööd tehakse võrgustiku koondamiseks aga ka moodustamiseks. R3: „*Ma arvan, et kõik juhtumid, mis meil siin on vajavad koostööd kohaliku omavalitsusega aga sageli mulle tundub, et mina teen seda nõustamistööd, millega peaksid hakkama saama ka kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajad.*“ Koostöö kohaliku omavalitsusega aitab raviasutuse sotsiaaltöötajal tutvuda kliendi varasemat elukäiku puudutava infoga.

Eakatega töötaval tervishoiu sotsiaaltöötajal tuleb koostööd teha järgnevate asutustega ja elukutsete esindajatega: maavalitsused, ITAK- see abivahendite firma, hooldusasutused, notarid, ajakirjandus, sotsiaalministeerium, sotsiaalkindlustuse amet, koduõed ja perearstid (kui on vaja koduõendust), matusebürood ning postkontoriga. R1: „*matusebürood on ka, kellega tuleb koostööd teha ja nii – öelda infot vahetada.*“

Samas toodi välja, et seni ei ole selgelt piiritletud koostöö ülesandeid raviasutuse sotsiaaltöötajate tööülesannete ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja vahel. Uurimusest selgus, et tervishoiu sotsiaaltöötajate arvates on suhteliselt vähe pidevat koostööd, kus info liiguks edasi tagasi. Uurimuse käigus selgus, et intervjuueeritavate hinnangul on juhtumeid, kus koostöös tekkivad raskused on üsna tavalised. Intervjuude käigus mainiti mitmel korral juhtumeid, kus patsient haiglaravi ei vaja, st. vajab ainult hooldust, aga haiglast välja kirjutada teda ei saa, sest kliendil ei ole kodu või ei soovi omaksed teda sinna tagasi, aga hooldekodus kohta ei ole. Siis on sotsiaaltöötajad üritanud teha koostööd turvakodu- ja varjupaigateenust pakkuvate asutustega, aga kui tegemist on voodihaigega, siis tuleb ikkagi oodata kohta hooldusravisse. R2: „*Kurb on kui selgub, et patsient on vaja välja kirjutada aga polegi kuhugi saata. Omaksed toovad haiglasse aga ise külas ei käi. Seda muidugi juhtudel kui kliendi tervislik seisund seda võimaldab, siis saadame nad enne hooldust ikka koju. Meie arstid on pahased, kui patsient hoiab nii kallist voodikohta enda all.*“ Sellistel juhtudel on raviasutuse sotsiaaltöötaja ikkagi otsinud kohaliku omavalitsuse abiga kliendi lähedasi ning selgitanud aktiivravi koha

maksumust haigekassale, võrreldes hooldusega või võimalusega hoida klient ikkagi hooldekodu koha saamiseni kodus.

Täiskasvanutega töötav tervishoiu sotsiaaltöötaja puutub kokku kohtutäituritega, juristidega, migratsiooniameti, politsei ja piirivalve, linnavalitsustega. R1: „*Kohtutäituritega teen vahetevahel koostööd. Juristid, kui on kliendil vajadus selleks.*“ Uurimuses osalejate hinnangul toimib enamike osapooltega koostöö formaalsel tasandil. Uurimuses osalejad ei näe vajadust sügavama koostöösuhte loomiseks kui neil puuduvad rasked juhtumid, kus asjaajamine võiks toimuda otse kontakti kaudu, kiirendatud menetlusega. R2: „*Palju puutun kokku ka Migratsiooniameti, Politsei ja piirivalve, linnavalitsustega ning postkontoriga.*“

Uurimusest selgus, et infosüsteemides oleva info kättesaadavuse korral kaoks põhjus otsese suhtlemise järele, sest kogu info oleks süsteemist leitav. Kuigi koostöö erinevate valdkondade spetsialistide vahel sujub, on see ajamahukas ja pidevalt on õhus, kes ühe või teise tegevuse eest vastutust kannab. R1: „*Vallas on STAR, kuhu nad panevad sotsiaalsete probleemide kohta info ülesse. Meil on LIISA. Ma sinna ei kanna tegelikult, sest see info ei jõua meie haiglast edasi. Teised seda ei näe.*“ Kaks intervjuueeritavat näevad vajadust riigiülese teabesüsteemi järgi, sest sotsiaaltöötajad kuuluvad erinevate üksuste alljaotusse ning palju infot läheb kaduma. Uurimuse käigus toodi välja, et koostöö kohalike omavalitsustega on seetõttu ebaühtlane. Selline koostöö aga raskendab teise uurimuses osaleja hinnangul kliendi probleemolukordade sujuvat lahendamist. R2: „*Kui mu klient ei ole adekvaatne, siis pean tema lähedasi taga ajama, samuti ei näe ma kas ta on toetatud elamise klient või kas tal on lapsi, kes võiks tema hoolduse eest hooldekodus tasuda. Igal – juhul tuleb mul ühendust võtta kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajaga. Tema aga ei näe, kus klient viibib ja miks ta meil on.*“ Parima lahendusena nähakse võimalust kasutada tervishoiuspetsialistidega ühte ja sama kliendi elektroonilist haiguslugu, aga samas toodi puudusena välja, et praegu jääb teave kasutatavas programmis haigla siseseks kasutamiseks. Samas lastega töötav tervishoiu sotsiaaltöötaja peab praegust infosüsteemi korraldust täiesti piisavaks.



*R3: „Meie kanname info haigla sisesesse EHL-i. See on ainult haigla sisene. Ma ei tunne vajadust ühise teabesüsteemi järgi. Mul ei ole selle infoga alati midagi peale hakata. See tähendab, et mul puuduks vajadus teha koostööd nende inimestega, sest ma saan infosüsteemist info kätte.“* Kui ülejäänud tervishoiuteenused kasutavad sama infosüsteemi, siis puudub ka vajadus olulise teabe juurde kogumiseks. Pidev koostöö vajadus kohaliku omavalitsusega tekib alles siis, kui ühe omavalitsusega on sotsiaaltöötajal mitu pikaajalist juhtumit korraga või üks klient liigub edasi – tagasi erinevate asutuse vahel pika perioodi vältel. Siinkohal võib erinevus tulla sotsiaaltöötaja piirkondlikust paiknemisest ja haigla suurusel või tervishoiu sotsiaaltöötajate klientide erinevatest terviseprobleemidest ning erinevast vanusest. Koostööd tehakse samas ka väga erinevate asutuste spetsialistidega. Täna peetakse asutuste paljusust parimaks kliendi heaolu tagavaks meetodiks. Erinevate asutustega koostööd tehes aga kaasnevad omad puudujäägid (R1).

Raskused on asutuste ülese meeskonna moodustamisel, sest informatsiooni talletamine on keerukas, vastutus on hajutatud ja rahastus sammuti. *R1: „Nii info vahetuse kui ka info kogumise eesmärgil. Koostöö on raskendatud, sest nõuab palju aega, informatsioon läheb kaotsi. Peab palju ühte juttu üle rääkima ja asja ajamine on umbmäärane.“* Intervjueeritav kirjeldas olukorda, kui inimene haigestub väga raskesse haigusse. Tema arvates on tervishoiu- ja sotsiaalsektoril kliendi ees suur vastutus, sest klient vajab spetsialistide hoolt. Teenuse kvaliteedist ja asutuste vahelisest koostöö tulemuslikkusest sõltub siis, mis kliendist edasi saab.

### **3.4 Sotsiaaltöötajate koostöö ja erialane suhtlus**

Intervjuudest selgus, et koostöös teiste sama asutuse sotsiaaltöötajatega jagatakse suurtes haiglates ära tegevusvaldkonnad osakondade paiknemise järgi. *R1: „Põhiliselt hooldusosakond, siis järeldravi ja siseosakond, taastusravi ei ole. Rehabilitatsioonis olen ma spetsialistina ... Meil on eraldi õendushooldus, kus on siis haigekassa hooldus ja siis on meil päris hooldusosakond.“* Ühele

sotsiaaltöötajale võivad jääda mitmes osakonnas olevad kliendid. R2: *“Siin on osakonnad ära jagatud mitme sotsiaaltöötaja vahel. Koostööd tuleb teha nii arstide, õdede, hooldajatega.”* Uurimusest selgus, et selline töökorraldus lihtsustab ka teiste spetsialistidega omavahelise koostöö kujunemist ning kontakti loomist, sest sotsiaaltöötaja käib sageli osakonnas. Spetsialistide omavahelist koostööd mõjutab veel omakorda erinevate ametkondadega koostöö ja usalduse olemasolu. Strateegilist koostööd kujundavad intervjueeritavate jaoks nende mentorid, direktorid, asutuste juhid ja partnerorganisatsioonid. Strateegiline koostöö peaks uurimuse tulemusena tähendama sotsiaalteenuse ja teiste teenuste organiseeritud koostööd ühiste ressursside kasutamiseks.

Sotsiaaltöötajad peavad oluliseks omavahelist erialast suhtlemist ka väljaspool oma asutust seetõttu, et see aitab neil kindlustada oma positsiooni asutuses läbi suurema üldise teadlikkuse sotsiaaltöötaja funktsioonidest. Uurimusest ilmnes, et praktikute kohtumistel tekib neil oma eriala suhtes missioonitunnetus ja suurem töötahe. Läbi oma silmaringi avardamise sotsiaalmaastikul toimuva kohta, suudavad sotsiaaltöötajad tervishoiuspetsialistidele tuua paremaid näiteid teistest asutustest, kui seal asutuses on tegeletud sarnase juhtumiga. Spetsialistid saavad rääkida, kuidas teises asutuses olukord on lahendatud või millised juhendid vajaksid praktikute arvates välja töötamist. R2: *“ Selles osas saame me toetuda ainult üksteisele.”*

Sealjuures peab jääma raviasutuse sotsiaaltöötajale piisavalt vabadust, et ise otsustada ja oma tegevusvajadusest lähtuvalt valida tegevusvaldkond ning sealjuures säilitada ka oma professionaalne identiteet. Professionaalse identiteedi hoidmise probleemidega puutuvad igapäevatoos kokku käesolevas uurimuses osalevad tervishoiu sotsiaaltöötajad, sest on raviasutuste praktiseerivad sotsiaaltöötajad. R2: *„Me oleme nagu sellised... me ei ole meditsiinitöötajad ja samas me ei nende maakonna omadega ei puutu me ka nii palju otse kokku.”* Uurimusest selgus, et tuntakse vajadust tihedama suhtluse järele teiste spetsialistidega. Kaasamise protsess toimub peamiselt silmast-silma suhtluse

kaudu. Uurimusest selgus, et teise sotsiaaltöötaja kaasamine pakub sotsiaaltöötajale tuge ja mõjutab spetsialisti erialast identiteeti, selle tugevust ja üldist olemasolu. Inimestel on see erineval tasemel arenenud ja seetõttu ka soov teha omavahel koostööd on erineval tasemel. R2: *“Siin pikalt heietamist olla ei saagi. On vaja mingi konkreetne lahend leida ja võimalikult kiiresti. See on selline otse kiire info, mida sul tegelikult vaja on. Ja ei ole nagu sisulist arutamist paljude asjade kohta.”*

Uurimusest selgus, et hetkel on sotsiaaltöötajate omavahelise koostöö ulatus Eestis läbirääkimata teema ja raviastutuste sotsiaaltöötajate vajadused määratlemata. R2: *„Ja haiglaomadega, kes mujal maakonnas ka on, ei saa niimoodi kokku füüsiliselt.“* Raviastutuste sotsiaaltöötajatega vesteldes oli tajutav nende ebakindlus oma positsiooni suhtes, sest meeskond kujuneb vastavalt kliendi juhtumile juhuslikult ning teise intervjuueeritava arvates tuleb meeskonnatöös ka seda arvestada. R2: *„See on meie väike kovisiooni koht. Mingeid raskeid juhtumeid me saame omavahel rääkida. See ei ole selline otsene nagu see mõeldud oleks.“*

Teadmiste vahetamine on koostöös kõigi intervjuueeritavate arvates lihtsam kui raviastutuses on mitu sotsiaaltöötajat. Raviastutuste sotsiaaltöötajad suhtlevad teiste oma eriala spetsialistidega. R2: *„ Muidugi sotsiaaltöötajatega omavahel moodustame meeskonna, kuna inimesed liiguvad nendes osakondades. Meil toimub ristliikumine. Meil on omavahel info jagamine.“* Järelikult on raviastutustes sotsiaaltöötaja jaoks suur osatähtsus koostööl oma eriala esindajatega. Seda nii oma astutuse sotsiaaltöötajatega kui ka teiste sotsiaaltöö spetsialistidega teistest raviastutusest. Tervishoiu sotsiaaltöötajad tõid välja, et erinevates astutustes kasutatakse erinevaid juhtumite lahendamise viise, sest sotsiaaltöötajate töövõtted on erinevad. Toodi välja, et omavaheline suhtlemine arendab silmaringi ja aitab näha kohti, kus on vaja ennast veel täiendada. Intervjuudest selgus, et koostööd mõjutab oskus olla hea suhtleja. Uurimusest ilmnes, et koostöö kujunemisel heaks koostööks on veel kolm olulist mõjutegurit: oma teadlikkus oma professionaalsest identiteedist, teiste spetsialistide funktsioonide – ja nende rolli tajumine ning

interaktsioon ehk üksteise vastastikune mõjutamine suhtlemise kaudu. Iga spetsialisti tegevus mõjutab otseselt teise spetsialisti tööd. „Ühiste eesmärkide saavutamiseni jõudmiseks peavad kõik osapooled olema huvitatud eesmärgi saavutamisest.“ (R3)

Omavaheline interaktsioon mõjutab teiste spetsialistide rolli tajumist ja kommunikatsiooni. Suhtlemine on koostöö protsess, mille kaudu sotsiaaltöötaja avalikustab ja kogub informatsiooni. Sealjuures peavad intervjuueeritavate arvates olema paigas ühised eesmärgid, mille poole püüeldakse ja koostöö rakendamine on tegevus, mille kaudu jõutakse siis tulemusteni. „ See on nagu iseenesest mõistetav. Lihtsalt selline hingeline toetus. Väike toetus ikka. „ (R2) Ideaalis peaksid klientidega töötavad inimesed neid kolme mõjutegurit oskama väga teadlikult suunata, et areneks ja leiaks rakendust hea koostöökultuur. Hea positsioonitunnetus viib kolmanda uurimuses osaleja arvates koostöö efektiivsuse kasvule. Teine intervjuueeritav aga toob välja, et peale iseenda nagu ei olegi kellelegi teisele toetuda. Samas kasutab ta intervjuu käigus sõna 'meie', mis nagu viitaks, et keegi ikkagi on kellega ta tunneb ametialast sidet. „Ega ei olegi kellelegi teisele nii väga toetuda kui kõige rohkem iseendile. See on selles osas väga kurb, et me tunneme, et meil ei ole nagu sellist inimest, kelle poole meie saame tegelikult oma muredega pöörduda.“ (R2) Uurimuse tulemusena selgus, et erialast ettevalmistust peetakse ülimalt oluliseks. Erialase ettevalmistuse tähtsa osana nähakse ka harjumust teha koostööd. Intervjuude käigus selgus, et spetsialisti jaoks lihtsustab koostööd erinevate koostöömodelite tundmine ja teadlik kasutamine. Koolitustel ja koosviibimistel osalemine võiks praktikute arvates toimuda sagedamini. Kohtumised aitavad neil enda professionaalset eneseteadlikkust arendada. Samas tajuvad nad läbi teiste juhtumite avameelse arutamise ka seda, et ei ole oma töös üksi. Uurimuse intervjuueeritavatest kaks vajaksid toetust, et enesekindlamalt osaleda ravimeeskonnaga kohtumistel.

## **IV ARUTELU**

### **Klienditöös**

Raviasutuse sotsiaaltöötaja klienditöö kolm elementi on raviasutuse sotsiaaltöötaja, sotsiaaltöö klient ehk patsient ja nende kohtumise kontekst, milleks on tavaliselt sotsiaalteenuste korralduse ja/või osutamise protsess. Koostöö kaudu tekib sotsiaaltöötajale iga juhtumi puhul veidi erinev roll. Seega on koostöö ulatus asutustes varieeruv ja sotsiaaltöötaja jaoks enamasti juhtumipõhine. Klienditöös tuleb näiteks ette olukordi, kus dokumentide vormistamine käib läbi Kodakondsus- ja Migratsiooni ameti, sest vahel on vaja vormistada kliendile isikutunnistust. Kuid koostöö käib läbi mitme konsultandi ja on seetõttu raskendatud. Kui inimesel puudub sissetulek, siis tuleb taotleda eraldi riigilõivust vabastust. Dokumentide vormistamine on sellisel kujul väga aega nõudev protsess, mistõttu saab hiljem alles kohaliku omavalitsuse abiga määrata kliendile toimetulekutoetust, hooldusteenuseid, töövõimetust või puude raskusastet. Ka nende määramisel saab klient toetust alles kalendrikuu möödudes. Sellel tasandil käib raviasutuse sotsiaaltöötaja jaoks koostöö liiga aeglaselt ja läbi mitmete asutuste enne kui klient reaalselt jõuab abi või lahenduseni.

### **Tervishoiuasutuses**

Tervishoiu sotsiaaltöötajad on arvamusel, et oma tegevusega hoiavad nad kokku teiste spetsialistide aega ja aitavad seeläbi kokku hoida ravikulude pealt, kuid see pole uurimuses osalejate hinnangul väga laialt toetatud arvamus. Sotsiaaltöötaja raviasutuses sekkub, kui on vajalik haigla sotsiaaltöö ja meditsiiniteenuse koostöö. Raviasutuse sotsiaaltöötaja jaoks on koostöösuhte loomine raviasutuste peamine meeskonnatöö võte. Raviasutustes ei saaks tervishoiu sotsiaaltöötajate arvates ilma koostöö ja suhtluseta klienditöös lahendatud ühtegi probleemi. Tervishoiu asutuse sisene koostöö hõlmab nii arstlikku kompetentsi kuuluvaid aspekte (haiguste diagnoosimist, ravirežiimi rakendusi), kui ka tervishoiu praktiseeriva sotsiaaltöö

pädevusvaldkonda kuuluvaid aspekte (hooldusvajaduse hindamine ja ka edasine hooldusplaani koostamine ning abimeetmete elluviimine).

Sotsiaaltöötaja koostöö raviastutuses tähendab, et väga paljud spetsialistid, kellega koostööd tehakse kuuluvad suurtesse organsatsioonidesse, millel on omakorda erinevad alluvust puudutavad struktuurid. Seega on koostöö protsess ja iga osapoole koostöö protsessis tugineb sotsiaalsetele suhetele, mis on üles ehitatud ootustele, koostöökultuuri normidele ja käitumisnormidele. Uurimusest jäi siiski kõlama mõte, et paremini võiks olla korraldatud haigla sotsiaaltöötajate ning meditsiinilise personali koostöö. Järelikult vajab ka raviastutuste koostöökultuur, mis võiks olla minu arvates interdisiplinaarne, suuremat tähelepanu ja tulevased koostöö arengumudelid peaksid selle olulisust rohkem rõhutama. Raviastutuse sotsiaaltöötaja aitab lahendada teistel spetsialistidel tekkida võivaid raskuseid ja sotsiaaltöötajad märkavad seeläbi võimalikke arenguvõimalusi nii praegu kui ka tulevikus. Sotsiaaltöötajad on teadlikud, et koostööd on võimalik teha efektiivsemalt, kui see hetkel on või kui seda hetkel on võimalik teha.

Raviastutuste sotsiaaltöötajate koostöö raskused seisnevad täna peamiselt suures ajakulus, informatsiooni takerdumises, rahaliste vahendite nappuses. Samuti toodi välja, et täna spetsialistidel puudub inimene, kelle poole nad ise oma töömuredega pöörduda saaksid.

### **Teiste asutustega**

Uurimuses osalejad tõid välja, et oleks vaja juurdepääsu infosüsteemile, kus on olemas teave klientide kohta, neile osutatud teenuste kohta. Seega nähakse omavahelises suhtluses vajadust ühtse infovahetuse võimaluse järele riigiüleselt, sest praegu on info killud jagunenud ebaühtlaselt ning sotsiaaltöötajad kuuluvad erinevate üksuste alljaotusse. See aga raskendab kliendi probleemolukordade sujuva lahendamise. Kuigi koostöö valdkondade spetsialistide vahel sujub, on see

spetsialistide arvates ajaliselt kulukas ja pidevalt on õhus küsimus, kes ühe või teise tegevuse eest vastutust kannab.

Peamine, mis kõlama jäi oli see, et kliendi ajalugu võiks olla kiirelt nähtav ja edasiste ostuste tegemine ei võtaks sellisel juhul nii palju aega. Siinkohal puudus aga uurimuses osalenud tervishoiu sotsiaaltöötajatel teadlikkus, et ravigasutus peab näiteks kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajale kättesaadavasse infosüsteemi pääsemiseks taotlema loa. Siis saaks ravigasutuse sotsiaaltöötaja jälgida ka oma tegevuse käigus kliendile vajalike teenuste kättesaadavuse tagamisvõimalusi ja lihtsamini leida selleks vajalikke ressursse (nt kliendi lähedasi, sissekirjutust, hooldusteenusel olemist vms) valdkonnad, millega kohaliku omavalitsuse tasandil tegeletakse. Kliendiga teostatud tegevuste kirjeldused saaks tervishoiu sotsiaaltöötaja lisada STAR programmi ja tekib riigi ülene sotsiaalne infosüsteem. Ravigasutuse sotsiaaltöötajatele ligipääsu tagamine infosüsteemile annaks sotsiaaltöötajale hea lähtepositsiooni, sest kliendiga tegeletakse operatiivselt, kohe teenusele saabudes ning seeläbi väheneks hilisem sotsiaalsektori töömaht, sest teenuseid ei dubleerita ilma vajaduseta.

Põhilise koostöö probleemina mainivad, uurimuse tervishoiu sotsiaaltöötajad, veel intervjuudes aja puudust ja klientide paljusust. Samas on Eestis nii kohalike omavalitsuste tasandil aga ka haiglates kui ka hoolekandegasutustes olemas omavaheline tööloikude jagamise praktika. See tähendab, et sotsiaaltöötajad ravigasutustes delegeerivad paljusid ülesandeid teistele sotsiaaltöö või muude pädevustega ekspertidele.

Tervishoiu sotsiaaltöötajad tunnevad, et vajaksid asutuses sees ja väljaspool tugevamaid partnereid. Partneritega soovitakse jagada juhtumeid ning teostada klientidele pikemat järelvalvet, tuge. Vajatakse inimest, kellel oleks aega kliendiga pikemalt tegeleda ka siis, kui ta viibib juba väljaspool haiglat (aga näiteks on haiglas endiselt ambulatoorsel teenusel). Oma tegevuses saaks juhtumiga tegelev spetsialist pakkuda inimesele juhendamist ja abi, hinnata eesmärgi täitumise tulemuslikkust, hinnata ajakulu, tegevuse kvaliteeti, kinnipidamist kokkulepetest ja tähtaegadest.

Ollakse arvamusel, et kui kohalikud omavalitsused oleks piisavalt motiveeritud, siis võiksid nemad seda rolli kanda. Antud uurimuses osalejad on kogenud erinevat koostööd, nii positiivset kui negatiivset. Sellest võiks järeldada, et koostööga rahulolematuse ilmnemise põhjused võivad olla sügavamal kui kohaliku omavalitsuse tasandil. Võimalik, et tänase Eesti erinevates tervishoiuasutustes ja sotsiaalhoolekande asutustes ei toimi ühtsel viisil teenusele suunamine, mistõttu on ühes asutuses väga erineva hooldusvajadusega kliendid ning riigil puudub valmisolek viia klienti ühelt teenuselt teisele, siis kui selleks tegelik vajadus tekib.

### **Tervishoiu sotsiaaltöötajate omavaheline koostöö**

Tervishoiu sotsiaaltöötajate omavaheline koostöö peaks moodustama olulise osa kõikidest erinevatest koostöö valdkondadest. Läbi kolleegide vahelise koostöö suudetakse mõjutada ka sotsiaaltööga mitte nii tihedalt seotud sektoreid ning kutsuda esile muutusi ühiskondlikul tasandil. Spetsialistide koostöö annab võimaluse spetsialistidel treenida ja avardada oma teadmiste välja ning konsulteerida erinevates organisatsioonides olevate spetsialistide meeskondadega. Paljudes riikides teevad tervishoiu töötavad sotsiaaltöötajad üldist teavitustööd, et kujundada tervishoiu sotsiaaltöös vajalikke standardeid või läbi viia erinevaid uurimusi. Uurimusest selgus, et praktikud peavad eriala arendamist oluliseks, kuid hetkel on Eestis olukord, kus peamiselt tegeletakse oma positsioonitunnetuse ja identiteedi arendamisega.

Koostöös arenguvõimalusena näen praeguste koostöö probleemide sõnastamist ja nende lahendamiseks tegevuste läbiviimisist ning ühiste selgete koostöö tegevuste/arengusuundade kokkuleppimist. Pidevate kohtumiste kaudu võiks toimuda koostöökultuuri arendamine oma eriala sees ja ka sotsiaaltööga kokku puutuvate erialadega. Kohtumiste eesmärgid võiksid olla pidevam informatsiooni ja kogemuste vahetamine, koostöökultuuri struktuuri väljatöötamine.



Koostöö arendamisel on võimalik tõestada teemaatika olulisust, teha rohkem teavitustööd. Tulevikus tuleks luua raviasutuse sotsiaaltöötajatele ligipääs teabesüsteemidele, mis aitab koostöö suundadest lähtuvalt luua efektiivsemat, reaalajas kiiresti toimivat info süstemaatilist vahetust.

## V KOKKUVÕTE

Asutuses täidab sotsiaaltöötaja konkreetseid ülesandeid (jagab teavet, nõustab ja abistab). Uurimusest selgus, et koostöö käigus tuleb sotsiaaltöötajal tegeleda erinevate väljakutsetega. Koostöö on vajalik, aga ka sobilik, asutuste siseste hoiakute lihvimiseks, kliendi abivajaduse hindamiseks ja kliendi ning tema lähedaste informeerimiseks. Asutuste vahelises koostöös peab sotsiaaltöötaja suhtlema kohalike omavalitsuste – ja teiste avaliku sektori asutustega, et koguda informatsiooni ja vajadusel abistada klienti erinevate dokumentide vormistamisel või taastus-, hooldusravi korraldamisel, sotsiaalteenuste kättesaamisel. Asutuse siseses meeskonnatöös tegeleb sotsiaaltöötaja tegevuste ja info liikuvuse koordineerimisega, dokumentatsiooni vormistamisega, erinevate spetsialistidega läbirääkimise pidamisega.

Raviasutuste sotsiaaltöötajate koostöös on võtmetähtsusega valmisolek järjepidevaks suhtlemiseks ja seda tehakse teiste spetsialistidega nii asutuses kui väljaspool asutust. Vajalikuks peeti ligipääsu saamist kohaliku omavalitsuse (KOV) andmebaasidele. Raviasutuste sotsiaaltöötajate koostöö teadlikum korraldamine on praktikute arvates klienditöö probleemolukordade lahendamiseks sobiv ja vajalik võimalus. Raviasutuste sotsiaaltöötaja tegutseb raviasutuses koostöös teiste spetsialistidega ja väljapoole raviasutust tehakse koostööd vastavalt kliendi vajadustele. Sotsiaaltöötaja kasutab selleks kõikvõimalikke olemasolevaid infokanaleid (silma – silmast suhtlus, e-kiri või telefon).

Sotsiaaltöötajate kaasamine aitab raviasutustes pakkuda kvaliteetsemat ja professionaalsel astmel abi. Koostööd mõjutavad spetsialisti tööalased probleemid, mis panevad ka koostööle piirangud nt. rahaliste vahendite nappus, omavalitsuste paljusus vms. kitsaskohad. Raviasutuste sotsiaaltöötajate koostöö raskused seisnevad suures ajakulus, informatsiooni takerdumises, rahaliste vahendite nappuses. Arenguvõimalusena näen praegu võimalust tõestada teemaatika olulisust.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Allev, R., Kauber, M., Kiis, K. (jt.) (2014). *Kutsestandart*. Sotsiaaltöö, tase 7. Tervishoiu ja Sotsiaaltöö Kutsenõukogu  
URL:[<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10536292/pdf/sotsiaaltootaja-tase-7.7.et.pdf>] Viimati vaadatud: 16.12.2015

Ayres, L. (2008a). Semi-Structured Interview. Given, L.M. (toim.) *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Los Angeles: SAGE Publications, Inc., 810-811.

Ayres, L. (2008b). Thematic Coding and Analysis. Given, L.M. (toim.) *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Los Angeles: SAGE Publications, Inc, 867-868.

Dhooper, S.S. (2012). *Social Work in Health Care: Its Past and Future*. London, Inc, 121.

URL:[[https://books.google.ee/books/about/Social\\_Work\\_in\\_Health\\_Care.html?id=PblOoJfY7Y0C&redir\\_esc=y](https://books.google.ee/books/about/Social_Work_in_Health_Care.html?id=PblOoJfY7Y0C&redir_esc=y)] Viimati vaadatud: 16.08.2015

Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioon (2003) *Infoleht*.  
URL:[<http://health.groups.yahoo.com/group/healthcaresocialworkers>] Viimati vaadatud: 01.01.2016

Germain, C. B. (1984). *Social Work Practice in Health Care. An Ecological Perspective*. Columbus, Ohio: The Free Press, A Division of Macmillan, Inc, 67-78.

Gutman, R. (2001). *Kliinilise sotsiaaltöö võimalused perekonna vajaduste hindamisel ühe perekonnaliikme haigestumisel*. Bakalaureusetöö, Tartu.

Haiglavõrgu arengukava (2015). Hospital Masterplan 2015 - *Haiglavõrgu arengukava 2015*. Inc, 50.

URL: [<http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/2049>] Viimati vaadatud: 16.08.2015

Karu, M., Kasearu, K. Biin, H. (2007). *Isad ja lapsehoolduspuhkus*.

Uuringuraport. Poliitikauuringute keskus Praxis URL:

[<http://www.sm.ee/fileadmin/meedia>]

Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/isadus\_2007\_1\_.pdf . Viimati vaadatud 04.mai 2015).

Laherand, M.-L. (2008). *Kvalitatiivne uurimisviis*. Tallinn: OÜ Infotrükk.

Manley, K., Wilson, V. (2009). *International Practice Development in Nursing and Healthcare*. USA Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ, Inc, 19-23.

Moreno (2014). *Kollegiaalne juhtumite arutelu*. Moreno supervisiooni ja coachingu koolituskeskus.

URL: [http://www.konverentsid.ee/wp-content/uploads/2014/11/KUIDAS-KOLLEEGIDEGA-KOOS-LUUA-KEERULISTELE-TEENINDUSSITUATSIOONIDELE-TOIMIVAID-LAHENDUSI.pdf] Viimati vaadatud 25.12.2014

Narusson, D. (2003). Sotsiaaltöötajate tegevusvaldkonnad Eesti Raviasutustes. *Eesti Arst*, Volume 82, nr 3, Tartu, 2003. 222–227.

URL:[https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/download/9577/4764] Viimati vaadatud: 16.04.2015

Narusson, D. (2013.) Milleks kasutada juhiseid? Ajakiri *Sotsiaaltöö* nr 2. Veebruar 2013 Viimati vaadatud: 16.08.2015

Narusson, D. (2002). *Aktiivraviasutuste sotsiaaltöötajate funktsioonid ja tegevused*. Magistritöö. Tartu.

Nuut, K. (2004). *Tervishoiu sotsiaaltöö Kuressaare haigla näitel*. Bakalaureusetöö. TLÜ. URL: [http://raulpage.org/koolitus/sotstoo\_uurim3.pdf ]

Viimati vaadatud: 16.07.2015

Ontario Association of Social Workers (2004). *Social work in Hospital-Based Health Care*. November 2004.

URL:[http://www.oasw.org/"http://www.wrh.on.ca/Site\_Published/wrh\_internet/DocumentRender.aspx?Body.IdType=5] Viimati vaadatud:03.02.15

Ojaberg, E. (2013). *Diabeedilapse ja tema perekonna igapäeva elu*. Lõputöö. Pärnu.

URL:[http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/32589/ojaberg\_eva.pdf?sequence=1&isAllowed=y] Viimati vaadatud: 13.01.2016

Ojala, K. (2007). *Laste väärkohtlemine esimesel eluaastal: probleemi kirjeldus ja riskitegurite uuring Tallinna Lastehaigla andmete näitel*.

URL:[http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/766/1/Ojala2007.pdf] Viimati vaadatud: 13.01.2016

Pahk, M. (2006). *Geriaatriline hindamine ja teenuste planeerimine eakate hoolduse ja ravi korraldamisel SA TÜ Kliinikumi näitel*. Bakalaureusetöö, Tartu.

Peerna, E. (2006). *Tervishoiu sotsiaaltöötajate koostöövõrgustiku kujunemine Eestis*; Ülikoolilt Tartu linnale: Sotsiaaltöö-teemaliste üliõpilasuuringute kogumik III. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Raamat, K. (2007). *Mõtisklus sotsiaaltööst tervishoiu täna*. Essee. Sotsiaaltöö, nr. 2, 2007. EV, Sotsiaalministeerium, Tallinn. 31- 37.

Shulman, L. (1991). *Interactional Social Work Practice. Towardan Empirical Theory*. F.E. Peacock Publishers Inc, 119-123  
URL:[[https://books.google.ee/books/about/Interactional\\_social\\_work\\_practice.html?id=RkhHAAAAMAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.ee/books/about/Interactional_social_work_practice.html?id=RkhHAAAAMAAJ&redir_esc=y)] Viimati vaadatud: 16.04.2015

Tisler, M. (2010). *Hapra eaka haiglast väljakirjutamine: tervishoiu sotsiaaltöötajate poolt tajutud eetilised konfliktid edaspidiste ravi- ja hooldusotsuste tegemisel*. Magistritöö.  
URL:[<http://www.rahvatervis.ut.ee/handle/1/3761>] Viimati vaadatud: 13.01.2016

Zastrow, C. (2006). *Social Work with Groups: A Comprehensive Workbook*. Wadsworth Publishing Company, Inc, 20-50.  
URL:[[https://books.google.ee/books?id=kqY8SQigMnwC&printsec=frontcover&hl=et&source=gbg\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ee/books?id=kqY8SQigMnwC&printsec=frontcover&hl=et&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)] Viimati vaadatud: 16.08.2015

Tamm, T. (2010). *Sissejuhatus sotsiaaltöösse õppematerjal*, Tallinn  
URL:[[www.esindus.ee/.../sst2010\\_1289985942\\_ppemat\\_Sissej\\_stsse\\_I\\_osa\\_\\_N...](http://www.esindus.ee/.../sst2010_1289985942_ppemat_Sissej_stsse_I_osa__N...)] Viimati vaadatud: 03.02.15

Tisler M. (2013). *Sotsiaalteenused, abivahendid*. Tartu Ülikooli Kliinikum Spordimeditiini ja taastusravi kliinik  
URL:[[http://www.egga.ee/Sotsiaalteenused\\_abivahendid\\_tervishoiu\\_sotsiaalt66\\_Maarika\\_Tisler.pdf](http://www.egga.ee/Sotsiaalteenused_abivahendid_tervishoiu_sotsiaalt66_Maarika_Tisler.pdf)] Viimati vaadatud: 16.08.2015

Weinstein, J., Whittington, C., Leiba, T. (eds) (2003). *Collaboration in Social Work Practice*. Philadelphia, PA, USA: Jessica Kingsley Publishers, 2003. ProQuest ebrary. 23-26, 79.

Whittington, C., Bell, L. (2001). *Learning for Interprofessional and Inter-agency Practice in the New Social Work Curriculum: Evidence from an Earlier Research Study*. Journal of Interprofessional Care 15, 2, 153– 169.

## LISA 1 Intervjuu kava

### Seosed sotsiaaltöötajate koostööpartneritega

- Millise osatähtsusega on sotsiaaltöötaja jaoks raviastutuses koostöö?
- Kellega tehakse kõige enam koostööd?
- Millised on need protsessid, mille kaudu tekib koostöö?

### Koostöö vormi määratlemine

- Kui palju liigub info sotsiaaltöötajani astutuse seest, teisest raviastutusest, regionaalselt tasandilt?
- Info süstemaatiline vahetamine: kellega ja kui tihti?
- Koostööd pole, aga oleks vaja: kui paljudel juhtudel? Milliste astutustega?
- Ühised kliendid: milliste astutustega?

### Sotsiaaltöötajate ootused koostööle

- Millised on raviastutuse sotsiaaltöö koostöö probleemid ja vajadused tänapäeval?
- Olukorras, kus raviastutustel ressursse pole kunagi piisavalt tuleb spetsialistil hinnata, mis võivad olla koostööd takistavad tegurid (vahendite nappus või infosulud vms).

### Koostöö raskused?

### Täpsustavad küsimused:

Millised on tervishoius praktiseerivate sotsiaaltöötajate peamised töö valdkonnad nende endi hinnangul käesoleval ajal?

Kuivõrd oluliseks tervishoiu sotsiaaltöötajad peavad koostööd?

Millises ulatuses tehakse koostööd? Info vahendamine, teenuse küsiminekoordineerimine, sisuline koostöö, võrgustiku kohtumised, arutelu ...

Milles koostöö seisneb?

Millistes küsimustes ja milliste probleemide puhul tehakse koostööd?

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Laura-Liis Õnneleid (sünnikuupäev 13.08.1986),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Tervishoiu sotsiaaltöötajate koostöö klientidega ja erinevates spetsialistidega”, mille juhendaja on MA Dagmar Narusson.

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-i lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 20.01.2016